

# Abordaje cognitivo conductual en preadolescente con Tricolomania

Mónica Arcas<sup>1</sup>

*Alcmeon*, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica, vol. 17, N° 3, abril de 2012, págs. 209 a 212.

## Resumen

La tricolomania constituye un trastorno del control de los impulsos que consiste en la remoción compulsiva de cabello produciendo una alteración que afecta al sujeto en las áreas físicas, psíquicas e interpersonales lesionando su autoestima y provocando un distrés significativo.

El arrancamiento del pelo puede producirse en diversas zonas del cuerpo (cabeza, cejas, pestañas, pubis, piernas) muchas veces acompañado con la conducta de tricofagia que puede esta última provocar trastornos intestinales, obstrucción e incluso perforación intestinal. Es importante la detección temprana junto con las comorbilidades que presenta cada caso a fin de abordarlo tanto desde lo farmacológico si el cuadro lo requiere como desde la terapia cognitivo-conductual y prevenir de este modo el deterioro de la calidad de vida del paciente.

## Palabras claves

Tricolomania – control de los impulsos – distrés – tricofagia – terapia cognitiva conductual – comorbilidades.

## Abstract

The tricolomania is a disorder of impulse control that involves compulsive hair removals by producing an alteration affecting the subject areas psychic an interpersonal physical wounding their self esteem and causing significant stress. The hair pulling may occur in different areas of the body (head, eyebrows, eyelashes, pubic, legs) often accompanied with the conduct of the latter can trichophagia cause intestinal obstruction and even perforation. Early detection is important with comorbidities that presents each case to address both pharmacological as required if the box or from cognitive behavioural therapy and prevention is this deteriorating the quality of life of patients

---

<sup>1</sup> Psicóloga Clínica Hospital Municipal Bernardo Houssay –. Arcasweb@ gmail.com – www.ansiedadweb.com.ar - consultorio :4798-9030-

## Key words

Tricolomania – impulse control – distress – trichophagia – cognitive behavioural – comorbidities.

## Introducción

La tricolomania es una afección que se caracteriza por un desorden impulsivo de arrancamiento de pelo de diversas zonas del cabello (cabeza, pestañas, cejas, axilas y pubis) en forma recurrente, y muchas veces va acompañado de ingestión de los mismos, llamado tricofagia produciendo un alto deterioro en la persona ya que afecta a las áreas físicas, psicológicas y sociales produciendo secundariamente muchas veces conductas de aislamiento social consolidando de esta forma un círculo vicioso que hay que dilucidar el sentido sintomático tanto como la forma de romper con esta conducta patológica.

La mayor parte de las veces este trastorno es comórbido con otras afecciones del grupo de trastornos de ansiedad y patologías del humor entre otros.

## Caso Clínico en preadolescente

Se trata de un niño de 11 años de edad a quien denominaremos L. es derivado por el médico psiquiatra para realizar un tratamiento cognitivo conductual por presentar conductas compatibles con criterio diagnóstico de Tricolomania y Tricofagia leve, se han descartado previamente patología dermatológica.

En lo observable el niño se presenta con una conducta retraída, su aspecto si bien prolijo, deja ver la ausencia de pestañas y cejas. Es el hijo mayor, tiene una hermana de 5 años de edad, sus padres presentan desordenes de ansiedad y depresión (su madre en tratamiento

por estado depresivo y su padre con patología compatible a cuadro de TOC también en tratamiento), en su hogar L se muestra con una conducta con tendencia al aislamiento, la misma que reitera en la escuela, aunque su desempeño académico es normal, L es muy adepto a coleccionar todo lo referente a animales prehistóricos teniendo amplio reconocimiento de los mismos.

Su conducta comienza aproximadamente seis meses antes de la primera consulta, período que coincide con la mudanza de una tía paterna que convivía con él. El alejamiento de esta figura de apego y contención produce en el joven un estado de agudización de su estado disforico, permaneciendo mucho tiempo frente a la computadora y comenzando una conducta en soledad de arrancamiento de las pestañas para luego seguir con las cejas. Este hábito recurrente es ejercido siempre en soledad en momentos de estrés (posteriores a desavenencias entre sus padres) y estados de tristeza, según lo expresado por el joven.

La evaluación del paciente al momento del inicio del tratamiento se efectuó con las siguientes escalas:

Escala Yale Brown (evaluar comportamientos obsesivos)

Escala Beck de ansiedad (ansiedad moderada)

Test Proyectivos (Familia-Familia Kinética, H.T.P.)

Test de Bender.

Se realiza en primer término entrevista a padres donde se evaluó el foco del problema fliar y cuando según sus padres L comienza a tener este cambio conductual que coincide con el alejamiento de la tía que se muda por cuestiones laborales, asimismo confirman que están pasando una situación de crisis. Las discusiones se fueron acrecentando en la pareja a lo que se sumó un problema económico que

lo agudizo. L frente a estos desacuerdos de sus padres reacciona de forma pasiva aislándose en su cuarto con la computadora. Es importante tratar con los padres que adopten una mirada distinta hacia este adolescente ya que el encierro que realiza el joven da cuenta de una patología en si misma donde no puede expresar su dolor por la situación familiar que la actúa mediante el síntoma, la mirada descalificadora y autoritaria del padre en este caso fortifica mas el reclutamiento, el temor a un desenlace peligroso dentro de la familia su autodesvalorización, mas aún cuando no pueden comprender el síntoma tricolomano de su hijo, lo perciben como un joven débil y enfermo mental. Por eso las entrevistas a padres son espacios donde se toma y se otorga información para la comprensión del cuadro evitando estigmatizaciones y posibilitar en ellos más allá de los problemas particulares que como pareja deben abordar y acercamiento diferente hacia su hijo.

En el primer encuentro L. Se muestra retraído, se lo observa algo incomodo y avergonzado por su aspecto, que si bien presenta un rostro armónico su ausencia de pestañas y cejas le dan un aspecto muy particular, se adopta una postura flexible comenzando a indagar si él estaba al tanto de lo que íbamos a trabajar juntos, a lo que el responde que ya había hablado con sus padres y estos le habían dicho que íbamos a tratar el problema que el tiene. El primer paso que se adopto en el tratamiento fue el afianzamiento de una alianza terapéutica explicándole al joven lo que le estaba pasando era un síntoma que le provocaba mucha ansiedad y que trabajaríamos en equipo para revertir este malestar.

Para el tratamiento de la tricolomanía se utilizo en primer término el modelo de Azrim y Cols sobre reversión de hábito. En primero fuimos realizando en el consultorio técnicas

de relajación y respiración controlada, se realizo la Técnica de Jacobson y se le dio material escrito como guía para que lo realizara cotidianamente en su casa a fin de mejorar su estado de ansiedad, CD guiado de respiración automática porque son técnicas esenciales para los pasos del programa de reversión de hábito nervioso. Unos de los puntos principales marcados en la psicoeducación es que el joven tome conciencia del estar alerta, y eso consiste en detectar el aumento de la tensión y su consiguiente necesidad imperiosa de tirar del pelo (sea en pestañas, cejas o cabeza), así como también el modo que comienza el acto compulsivo, desde que lugar comienza, y si posterior al mismo lo ingiere o no. Poder llevar el registro sin mediar censura del mismo sobre día, hora, que estaba haciendo, así como pensamientos que le iban apareciendo si esto sucedía o no, (por lo general esta conducta es solitaria y cuasi automática) pero se insistio en este punto para ir trabajándolo en el tratamiento

Esta técnica conductual consta de varios pasos que fuimos ensayando en el consultorio para que luego L pueda llevar un registro en su casa que luego íbamos trabajando en las siguientes sesiones, el registro constaba del diseño de una planilla en donde él anotaba cuando y en que circunstancias aparecía la tensión que lo llevada a la conducta de arrancarse el pelo, en este punto el modo de registro influye directamente en la autoconciencia del acto, también tomar registro posterior del arrancamiento de modo si sentía alguna diferencia en su estado anímico. L se mostró en las sesiones con una actitud colaborativa.

El segundo paso importante en el tratamiento consiste en aprender una reacción competitiva, que consiste en un contrato, es decir desarrollar conductualmente un comportamiento contrario al movimiento tricoloma-

no, se le instruyo que cuando estando alerta del deseo de arrancamiento, postergar el mismo inhibiéndolo, impidiéndolo que sus manos vayan a las pestañas por ejemplo, utilizando la relajación en ese momento, al igual que la técnica de prevención de repuesta en el TOC sabemos que la imperancia a la compulsión, a realizar el ritual debe ser frenada aunque aumente la ansiedad a fin de desarticular el círculo vicioso de las obsesiones, este método conductual opera en forma similar, la reacción competitiva implica dos fuerzas de igual intensidad pero de dirección contraria, por un lado la compulsión de tirar del pelo y por otro su lucha por detener esos movimientos hasta lograr un estado mas emocionalmente de dominio. Se evalúa con el paciente en el tratamiento los costos y los beneficios que esta teniendo manejando de otra manera esta compulsión para después ir afianzándolo y trabajando otros aspectos cognitivos que están generando obstáculos en la socialización.

L paulatinamente comienza a hablar de sus temores, cuando su tía se fue él sintió que ya no tendría a nadie con quien hablar, le preocupa que sus padres se separen y tenga que irse de la casa con su madre y hna, (la casa donde habita esta construida en la parte posterior del terreno de sus abuelos paternos) esa situación amenazante es uno de los disparadores de la conducta patológica, refiere que cuando los escucha discutir solo se va a la computadora y comienza a arrancarse las pestañas y cejas, no puede captar porque lo realiza pero esto lo alivia según refiere, (aca se puede observar que ante un aumento de tensión del aparato psíquico aparece una conducta que lo lleva a "controlar" disfuncional-

mente este aumento), comenzamos a ver el sentido de este habita al cual hay que modificar por conductas más asertivas y que pueda exteriorizar su frustración por medio de la palabra.

Anteriormente a este episodio L. Era un niño integrado a su grupo de pares, compartía con ellos juegos en el colegio y actividades físicas, su retraimiento se ve afectado por la imagen depilada de su rostro, en la medida que se pudo ir mejorando, L comenzó a invitar a sus juegos de computadora a sus dos mas íntimos amigos, y con la ayuda de la psicopedagoga de su colegio retomo su estudio. Se le sugirió aumentar su actividad física (ejercicios de natación y fútbol los fines de semana) que fueron otorgándole una mayor confianza.

Tanto el como a su familia (actualmente en tratamiento de pareja y particular) se les ha señalado el manejo de la ansiedad, pues estar patologías estadísticamente suelen tener recaídas, por ello es indispensable mejorar la calidad de vida y la continuación del método empleado hasta consolidarlo.

Se realizo seguimiento quincenal y luego mensual del caso, hasta el momento con buena evolución.

## Bibliografía

- Azrim N y Numm, R: Tratamiento de Hábitos nerviosos, Ed. Martinez Roca (1987)
- Baer, Lee. Autocontrol y bienestar, Paidos (1994)
- Cía Alfredo: Trastorno de Ansiedad Social. Manual Diagnóstico de Tratamiento y Autoayuda, Roche (1998)
- Cía, Alfredo: Trastorno Obsesivo Compulsivo y síndromes relacionados, El Ateneo (1995)